

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

512

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BOURY

Né le 8 janvier 1895 à Seraucourt (Aisne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : F. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE CACINE, 15

—
1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BOURY

Né le 8 janvier 1895 à Seraucourt (Aisne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : F. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1925



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA. . . . Histologie.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLER. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 L. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 FOIX. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER. . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
 RICHTER Fils. Physiologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERRER. . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LOEPER . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	RATHERY . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage d'affection et de
reconnaissance filiale.*

A MA FEMME

*Qui m'accompagne dans la car-
rière.*

*Témoignage d'affection pleine
d'espérances.*

AUX CHERS MIENS PRÉSENTS ET DISPARUS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET EN PARTICULIER A MM. LES PROFESSEURS
HENRI CLAUDE ET EMILE PARMENTIER

Qui en plus de leur enseignement m'ont prodigué leurs soins dévoués.

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR TOUPET

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail
et qui m'a aidé de ses conseils.*

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR FÉLIX LEGUEU

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Hommage de profonde gratitude
et de respectueux attachement.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les vomissements qui surviennent au cours de la gestation revêtent dans certains cas un caractère de gravité exceptionnelle par leur fréquence, entraînant la deshydratation complète de la mère. Leur étiologie est encore obscure, complexe, discutée. Aussi bien souvent est-on obligé de s'en prendre au fœtus : l'avortement devient le seul moyen thérapeutique.

Mon maître, le Dr Toupet, a eu dans sa clientèle trois cas de vomissements incoercibles guéris radicalement après appendicectomie et présentant des lésions d'appendicite aiguë et subaiguë. Nous tenons à le remercier tout particulièrement d'avoir bien voulu nous prêter ces observations personnelles et d'avoir attiré notre attention sur l'importance des déductions que l'on pouvait en tirer tant au point de vue théorique (origine organique des vomissements) que pratique (guérison complète par une opération inoffensive).

Désirant mettre en évidence : l'intérêt et la difficulté de la recherche de l'appendicite au cours des vomissements incoercibles de la grossesse ; l'innocuité absolue de l'appendicectomie comparée à l'avortement qui en général ne tue que l'enfant ou l'appendicite aiguë qui tue souvent la mère et l'enfant, nous verrons au cours de ce travail ;

1° Les causes et la fréquence de l'appendicite dans la grossesse ;

2° Les lésions qu'elle produit ;

3° Les symptômes qu'elle engendre ;

4° Comment au cours des vomissements incoercibles on peut la reconnaître et avec quelles affections on peut la confondre ;

5° Son traitement.

et nous concluerons en nous maintenant sur le terrain pratique sans nous étendre sur les théories et la pathogénie des vomissements.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'APPENDICITE

· AU COURS DE LA GROSSESSE ·

HISTORIQUE

Dès 1759 Mestivier attira l'attention sur un cas d'appendicite dans les huit derniers mois d'une gestation, mais sans vérification. Hancock publia en 1848 une observation d'appendicite compliquant la grossesse, avec abcès et drainage, suivie d'une fausse couche.

Il faut attendre 1885 pour avoir une observation avec vérification par Kom de Dresde à la Société de gynécologie, montrant une péritonite généralisée à la fin d'une grossesse, avec appendice perforé et adhérent.

Depuis les observations se sont multipliées tant en France qu'à l'étranger, surtout en Amérique.

En France, Tuffier et Legendre en 1897 réunissent un certain nombre d'observations, Pinard en 1898 à la Société d'obstétrique de Paris en a 45 cas et la

même année Dieulafoy fait sur ce sujet une remarquable leçon clinique. Depuis, de nombreuses thèses ont traité de cette question.

En Allemagne, Boye en trouve 76 cas ; Stoehtler en 1903 en publie 28 cas.

En Italie, Cristalli, en 1901, Caturani, en 1913, en publient chacun quelques cas.

Enfin, en Amérique, Heineck, en 1917, peut réunir 173 observations avec appendicectomie.

Parmi ce très grand nombre de cas qui montrent que l'appendicite au cours de la grossesse n'est pas une si grande rareté qu'on le pense généralement, il ne s'agit presque uniquement que d'appendicite aiguë. Que serait-ce si comme le fait pressentir Schlol au Congrès de chirurgie de 1911 on recherchait avec plus de soin et d'une façon plus systématique l'appendicite chronique.

Mais il est surtout six observations que nous retenirons particulièrement :

L'une de Croisier de Blois à la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de 1903 où il relate le cas d'une femme qui au cours de deux grossesses eut des vomissements incoercibles avec des signes d'appendicite.

Les cinq autres de Delagénère du Mans montrent des vomissements incoercibles guéris par appendicectomie.

ÉTIOLOGIE

La rareté relative de l'inflammation appendiculaire durant la gestation provient simplement du fait que pour une même femme ce temps de gestation (qu'il faille compter avec une ou plusieurs grossesses) est court en comparaison de tout le temps pendant lequel cette complication peut se produire (Ren Wall). Von Rosthom, sur 2.700 gestations a vu 2 appendicites. A Baudeloque sur 11.497 entrantes il y a eu 1 appendicite. Sonnenburg sur 2.000 appendicectomies a vu 3 femmes enceintes. Par contre : Schmid compte 25 femmes enceintes sur 1.000 atteintes d'appendicite et Routier, au cours de 1.300 appendicites a vu 12 femmes enceintes.

Ces chiffres montrent que la fréquence augmenterait si comme Routier on enlevait l'appendice à toute femme enceinte présentant des phénomènes douloureux ou dyspeptiques au cours de sa grossesse et ayant eu une crise avant.

En effet, si la grossesse paraît sans influence sur un appendice sain, il semble que toute lésion antérieure en fait un lieu de moindre résistance.

C'est ainsi que :

Tédenat a opéré 9 cas tous ayant eu des crises antérieures ;

Vineberg a opéré 36 cas dont 15 avaient eu des crises ;

Fellner qui a une statistique de 38.000 appendicectomies, a toujours retrouvé des crises antérieures lorsqu'il s'agissait de femmes enceintes ;

Goedeck a suivi 16 femmes traitées médicalement pour appendicite ; 11 eurent une récurrence au cours de leur grossesse.

L'âge de la grossesse paraît exercer une certaine influence. Heineck dit que :

Dans les trois premiers mois, il a opéré 40 appendicites ;

Dans les trois mois suivants il a opéré 60 appendicites.

Dans les trois mois suivants, il a opéré 28 appendicites ;

Il n'a pas mentionné l'âge dans 45 appendicites.

Il semble donc que ce soit entre le quatrième et le sixième mois que l'appendicite soit la plus fréquente, c'est-à-dire au moment où l'utérus prend un développement abdominal et déplace l'appendice.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions que l'on trouve au niveau de l'appendicite sont celles de l'appendicite en général.

Ce sont des lésions inflammatoires ; elles portent sur la muqueuse, la sous-muqueuse, le tissu lymphoïde ou toute l'épaisseur de la paroi. Elles peuvent aller de la simple prolifération cellulaire jusqu'à la gangrène même sectionnant l'appendice. On y a retrouvé toutes sortes de races microbiennes : colibacille, staphylocoque, streptocoque, etc. Les exsudats sont de toutes formes depuis la simple sérosité jusqu'au pus franc ou gangréneux. On y remarque des lésions anciennes : tissu cicatriciel, brides, strictures, sclérose, épaissement.

Histologiquement : Masson de Strasbourg y a retrouvé les lésions inflammatoires banales, mais au point de vue lésions nerveuses il a vu une hypergénése et des névromes surtout développés dans les plexus sous muqueux, quelquefois avec cellules argentaffines, mais ce qui peut surtout nous intéresser, ce sont :

1° Les rapports de l'appendice avec l'appareil génital ;

2° Les modifications anatomiques de l'appendice par la grossesse;

3° Les modifications pathologiques qu'elle peut produire.

1. Si l'appendice est un peu long ou le cæcum ptosé, les annexes droites viennent en rapport étroit avec cet organe. Le ligament de Clado a à peine besoin d'être invoqué pour expliquer le flirt appendiculo ovarien. Quel est celui qui a commencé, cela est bien difficile à dire, mais la moindre congestion, la moindre inflammation de l'un retentit sur l'autre.

Poussant un peu plus loin en cas d'appendice pelvien, c'est l'utérus même qui est en contact, qui peut devenir la paroi d'un abcès appendiculaire, qui réagira à la moindre inflammation de cet organe. On voit toutes les conséquences que ce contact peut avoir sur un utérus gravide : contractions, avortement, travail, infection.

2° Pendant les quatre premiers mois de la grossesse la position de l'appendice est peu modifiée. A partir de ce moment les modifications en ont été étudiées par Fueth en 1903 dans le laboratoire de His :

L'appendice se déplace en haut, en avant et en dedans. Il subit un mouvement d'ascension pour arriver au septième mois au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A terme, il répond à la ligne mamelonnaire et se trouve à 5 centimètres au-dessous du bord inférieur du foie. Ces notions ont une grosse importance car elles

montrent qu'au cours de l'appendicite le point douloureux est déplacé et que dans l'appendicectomie il ne faudra pas chercher l'appendice trop bas.

3° Le développement de l'utérus amène forcément des tiraillements sur l'appendice d'où :

Traumatismes et irritation, surtout si l'appendice renferme des calculs stercoraux ;

Ruptures de brides, d'adhérences avec douleurs, même possibilité d'ouverture d'abcès appendiculaire et péritonite généralisée d'emblée.

Torsion, coudure pouvant étrangler l'appendice, en faire une véritable cavité close.

Ces modifications ont été invoquées dans la pathogénie de l'appendicite au cours de la grossesse, mais il ne faut pas négliger la congestion de tous les organes abdominaux, la colibacillémie fréquente due à la constipation, la propriété lithogène de la grossesse affirmée par Dieulafoy.

Mais ces modifications font surtout comprendre que la gravité de l'appendicite augmente à mesure qu'avance la gestation. L'appendice est amené loin de ses protections naturelles, il est écarté de la paroi au milieu des anses intestinales, toute infection s'étend aussitôt au péritoine en entier.

SYMPTOMES

L'appendicite au cours de la grossesse peut se manifester de différentes façons: soit sous forme d'appendicite chronique d'emblée; soit sous forme de crises aiguës séparées de phases chroniques; soit sous forme de crises subintrantes.

Nous prendrons comme type de description une appendicite chronique accompagnant une grossesse et se terminant par une crise aiguë, en insistant surtout sur les signes de l'appendicite chronique ou subaiguë, car ce n'est pas au cours d'une crise aiguë que l'on rencontre les vomissements incoercibles; l'évolution de l'affection est trop rapide et ce sont les signes généraux qui dominent la scène.

Dans les premiers mois de la grossesse l'appendicite chronique se manifeste par des petits signes. L'anorexie est soit élective pour certains aliments: lait, viandes, graisses, soit générale pour tout ce que prend la malade, mais dans ce cas les repas sont suivis de sensations désagréables de tension abdominale, de plénitude stomacale auxquelles se joignent des éructations, des nausées; dans des cas plus marqués à ces nausées font suite des vomissements qui

soulagent. Puis ces vomissements se font de plus en plus fréquents, succèdent à toute ingestion d'aliment, même de liquide; on en arrive aux vomissements incoercibles. Le rejet des aliments se fait avec une telle facilité que l'on dirait de simples régurgitations. La seule vue d'aliments, la déglutition de la salive les provoquent. Ils fatiguent la malade, empêchent toute nourriture; ils retentissent sur l'état général, ils commandent une thérapeutique active et rapide.

La diarrhée alterne avec la constipation, pouvant donner une véritable lientérie.

La céphalée est fréquente et assez marquée.

L'insomnie n'est pas exceptionnelle.

Les douleurs sont vagues au début, erratiques, simples coliques mais qui peu à peu se localisent.

« Interrogez avec soin vos malades et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après un certain temps que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore cette intensité est-elle bien rarement excessive... Au cas d'appendicite (alors même que les douleurs s'étendent ailleurs), le point d'élection occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite: c'est là que débute la douleur » (Dieulafoy).

Cette douleur est le premier cri de souffrance de l'appendice; elle augmente avec l'âge de la grossesse. Cooke a pu dire que: on doit toujours suspecter l'appendicite; chaque fois qu'une femme enceinte se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Ces malades sont fatiguées, anémiées, amaigries, d'autant plus qu'elles souffrent et vomissent depuis plus longtemps; elles sont irritables et difficiles à examiner, leur langue est saburrale et, symptôme sur lequel insistent tout particulièrement certains auteurs, elles présentent un léger subictère des conjonctives.

La température est peu ou pas élevée, mais le pouls est accéléré d'une façon progressive, atteignant 100, 110, 120.

Si l'on pratique une palpation douce et systématique de l'abdomen, on peut retrouver le point douloureux de Mac Burney. Même si la sensibilité est généralisée à tout l'abdomen, si des irradiations se font vers la ligne médiane ou vers l'ombilic, c'est là que l'on constate son maximum, qu'une légère pression permet de sentir de la défense musculaire.

Ce n'est que chez des femmes très maigres, à paroi particulièrement flasque, que l'on a pu sentir le cordon de l'appendice ou faire le pincement de l'appendice.

Pour quelques auteurs, la diminution du réflexe cutané-abdominal, la douleur au soulèvement de la jambe droite auraient une certaine importance.

Plus tard dans la deuxième moitié de la grossesse les signes fonctionnels sont plus marqués dans leur ensemble, mais leur localisation est bien plus délicate. En effet, le point douloureux qui correspond à l'appendice enflammé est déplacé par la distension utérine. De plus, la paroi abdominale normalement

tendue pendant la grossesse, supprime la souplesse et la flexibilité si essentielle pour une palpation satisfaisante qui, surtout après le sixième mois, devient impossible.

C'est cependant à ce moment qu'il faudrait la reconnaître, car on en redoute l'évolution aiguë dont la brusquerie est souvent méconnue.

A ce moment, en effet, l'appendicite aiguë se termine souvent par la mort du fœtus et avortement, quelquefois par la mort de la mère; l'abcès appendiculaire devient une évolution favorable.

FORMES CLINIQUES

L'appendicite avec vomissements incoercibles n'est déjà qu'une forme clinique de l'appendicite au cours de la grossesse !

Cependant il est une forme à laquelle il faut toujours penser c'est l'appendicite pelvienne. Chevalier en 1900 a bien étudié la question et il dit : la douleur de l'appendicite pelvienne peut être droite, prédominer à gauche au début, être rétro pubienne, hypogastrique même irradier dans la jambe droite. On peut avoir de la douleur vésicale ou rectale. La palpation est à peu près indolore.

Mais dans ce cas l'appendicite est assez facilement accessible par le toucher rectal ou vaginal. On arrive sur une masse douloureuse très difficile à différencier d'une masse annexielle.

PRONOSTIC

Lorsqu'il s'agit d'appendicite chronique le pronostic est assez bénin. Seules des complications peuvent en aggraver l'évolution. Parmi celles-ci les vomissements en sont une des plus graves, car elles amènent la malade à un état de dénutrition des plus marqué.

Mais ce qui est de beaucoup plus redoutable c'est le réveil d'une appendicite aiguë. Car c'est un avis unanime : la grossesse augmente la morbidité et la mortalité de l'appendicite.

Pour From il y a 25 0/0 de mort.

Pour Meyer il y a 28 0/0 de mort.

Pour Heineck il y a 25/173.

Pour 64 cas avec abcès il y a eu 20 morts.

Pour 18 cas avec péritonite diffuse il y a eu 13 morts.

Ces statistiques portent sur l'ensemble de la grossesse. Fueth a recherché le rapport qui pouvait exister entre la mortalité et l'âge de la grossesse.

Sur 10 cas entre le deuxième et le quatrième mois il y a eu 3 morts.

Sur 32 cas entre le quatrième et le neuvième mois il y a eu 18 morts.

Pour l'enfant le pronostic est encore plus sombre en effet dans les statistiques de Heineck on trouve :

Sur 9 avortements provoqués quatre fois le décès de la mère.

Sur 49 avortements spontanés dix-sept fois le décès de la mère.

Enfin le professeur Pinard en 1898 a signalé le fait d'une femme ayant accouché en crise d'appendicite et dont l'enfant mourut quelques jours après sa naissance de septicémie.

De l'ensemble de ces chiffres on peut conclure que l'appendicite chronique n'est pas grave par elle-même. Mais surtout s'il y a eu des crises aiguës antérieures, le réveil de ce foyer constitue un danger toujours à craindre et le danger augmente avec l'âge de la grossesse.

DIAGNOSTIC

La recherche de l'appendicite n'est pas toujours chose facile. Elle n'est dans certains cas qu'une trouvaille d'opération pratiquée pour ovarite, grossesse ectopique. Dans des cas diagnostiqués : infection consécutive à un avortement ou un accouchement on a trouvé à l'autopsie des appendicites aiguës suppurées, gangrénées ou perforées (Hartmann et Legrand).

Comment la reconnaître chez une femme qui vient consulter pour vomissements incoercibles ?

Dans ce cas voici comment la malade se présente :

Vers la fin du premier mois d'une grossesse des vomissements sont apparus. Se reproduisant au matin ou dans la journée après l'ingestion d'aliments, la femme se sachant enceinte n'y a pas attaché d'importance.

Puis ces vomissements se produisent dans la journée ; bientôt le sommeil n'en suspend plus la répétition.

Simplees régurgitations au début, leur fréquence les rend pénibles, d'autant que l'estomac est rapidement vidé et les efforts se font à vide ne ramenant

qu'après de longs efforts un peu de mucus gastrique ou de la salive que la malade sécrète en grande quantité.

Ce n'est qu'à une période avancée que les vomissements se teintent de bile et prennent un aspect verdâtre.

L'intolérance gastrique est absolue, l'anorexie complète.

L'amaigrissement est progressif et continu, on assiste à la disparition du panicule adipeux sous-cutané puis à la fonte des masses musculaires.

Ces malades peuvent arriver à un état d'inanition et de déshydratation marqué et d'anesthésie extrême.

C'est là le tableau d'une grossesse avec vomissements incoercibles.

Voyons comment, lorsque l'appendicite en est la cause, ces symptômes se surajoutent.

L'anorexie, la constipation, la céphalée, l'insomnie n'ont rien de pathognomonique.

La douleur au contraire est tout à fait spéciale.

Si dans les vomissements on peut retrouver une douleur au creux épigastrique, ainsi qu'au niveau des insertions thoraciques du diaphragme, la sensibilité de la fosse iliaque droite est toute spéciale à l'appendicite ; c'est là un symptôme de première importance.

Aussi pour la retrouver Fraenkel fait coucher la malade sur le côté gauche ainsi la fosse iliaque se vide d'anses intestinales et la palpation de l'appen-

dice est plus facile. Le subicète est commun aux deux affections.

La température est toujours nulle dans les vomissements aussi toute élévation thermique doit faire penser à une cause d'infection elle peut exister dans l'appendicite. L'accélération du pouls se voit dans l'un et l'autre cas. Plus tard après le quatrième mois l'appendice se déplaçant, il faut penser à lui attribuer une douleur plus haute, qui va en s'accroissant et ne pas la confondre avec des douleurs de contractions utérines.

Le toucher vaginal peut dans certains cas permettre de sentir une masse assez haute dans le cul-de-sac droit et dans une appendicite pelvienne ce sera le toucher rectal qui tranchera le diagnostic en faisant sentir l'appendice douloureux ou une réaction inflammatoire péri appendiculaire.

En dehors de la clinique existe-t-il des moyens de laboratoire permettant de trancher une hésitation ? Il ne semble pas. La radioscopie est impossible après ingestion de repas opaque, la malade ne gardant pas la drogue; de plus c'est un moyen dangereux.

Le lavement bismuthé pourrait donner des renseignements en précisant un point douloureux sur le cæcum.

Les examens chimiques de la salive, du suc gastrique, ne montrent pas de modifications appréciables de leur composition. L'examen de la fonction biliaire montre une rétention un peu plus marquée

que chez toute femme enceinte. La recherche des hémocoanies, de l'urobiline, l'épreuve de la glycosurie expérimentale la fonction uréopoiétique montrent dans les cas avancés de vomissements incoercibles une diminution de la fonction hépatique, une altération de la cellule hépatique.

En tenant compte de la diminution de la quantité d'urine, qui tient surtout à l'absence d'absorption, on peut constater par : la recherche de l'urée, le rapport azoturique, l'élimination des composés xanthochromiques, le taux des acides aminés, l'ammoniurie, que la fonction rénale est rarement touchée.

Les examens de sang montrant une polyglobulie relative, une polynucléose nette pourrait indiquer un foyer de suppuration mais ces recherches sont rendues délicates par la déshydratation de tout l'organisme en général et du sang en particulier.

De tous ces symptômes il n'y en a qu'un qui soit sûr c'est la douleur au point de Mac Burney les autres ne sont qu'accessoires. }

En cas de doute il est une notion qu'il faudra toujours rechercher, c'est la présence dans les antécédents de crises antérieures. En effet pour la plupart des auteurs qui ont beaucoup vu d'appendicite au cours de la grossesse, c'est une règle : chez toute femme qui a eu des crises d'appendicite et qui devient enceinte, toute complication gastrique ou abdominale doit faire penser à la possibilité d'une nouvelle poussée appendiculaire.

Enfin rappelons ce que disait Loevenhart à Paris

en 1904 en conclusion de son rapport : en présence d'une femme en gestation ayant eu des troubles mal définis avec douleurs abdominales vagues, nausées, vomissements qui continuent, tout en conservant une santé en apparence bonne, à faire une température insignifiante et dont le pouls se maintient à 100 et au-dessus, tout est à craindre et on sera autorisé malgré le manque de signes objectifs à soupçonner une appendicite.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tout au début de la grossesse on pourra penser à une grosse ectopique.

Mais l'absence de température, un léger retard de règles, des hémorragies vaginales et surtout le toucher montrant une tumeur juxta-utérine sensible à la pression, l'indolence complète du point de Mac Burney permettront de la reconnaître.

Cependant il faut se souvenir que la coexistence est fréquente, l'appendicite chronique prédisposant à la grossesse ectopique et rendant l'erreur fréquente.

L'annexite droite s'observe surtout chez des femmes ayant eu une grossesse antérieure infectée ou des fausses couches à la suite de quoi elles ont eu des pertes blanches, des douleurs. Les lésions sont presque toujours bilatérales et si le Mac Burney est douloureux, on constate qu'il l'est moins dans le décubitus latéral gauche que dans le décubitus dorsal.

La pyélite, la pyélonéphrite évoluent par poussées avec température, frissons entre lesquelles on peut retrouver du pus dans les urines ; les douleurs sont postérieures, lombaires ou irradiées le long de l'uretère, vers la vessie, les grandes lèvres.

Plus tard il faudra songer aux affections hépatobiliaires quand l'utérus aura repoussé l'appendice vers le haut.

La colique vésiculaire a un début brusque, irradie vers l'épaule droite.

La cholécystite ne peut guère se différencier de l'appendicite que par son siège, aussi le diagnostic entre ces deux affections est-il à peu près impossible sauf par les antécédents.

Enfin quel que soit l'âge de la grossesse il faudra songer à l'entéro-côlite.

En effet il y a des douleurs mais elles ne siègent pas seulement dans la fosse iliaque droite, on la retrouve dans la fosse iliaque gauche et même quelquefois plus marquée ; on la retrouve également le long du transverse en barre transversale.

« La contracture douloureuse du muscle droit, la vraie défense musculaire sont la part de l'appendicite et n'existent pas dans l'entéro-côlite alors même que le cœcum participerait à la crise ! La présence de membranes ou de sable dans les déjections permet de rejeter l'hypothèse d'appendicite » (Dieulafoy).

S'il s'agit d'une forme spasmodique, les matières sont enrobées de substances glaireuses d'aspect rubané très caractéristique et cèdent à un traitement belladonné s'ils s'agit d'une forme atonique avec ptose généralisée ; l'anse sigmoïde est dilatée, les matières sont en scybales arrondies et dures.

TRAITEMENT

Le traitement sera: prophylactique, médical, chirurgical.

Prophylactique il portera sur la constipation évitant l'irritation du tube digestif.

Mais le Professeur Pinard ayant vu la gravité de l'appendicite chez la femme enceinte estime que : si dans la période d'activité sexuelle une jeune femme non enceinte ou une jeune fille présente des signes d'appendicite il est d'une sage prophylaxie d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité future

Médical : la diète, le repos, les boissons froides, l'isolement permettront quelquefois d'atteindre le cinquième mois, la susceptibilité maternelle est alors moindre, les vomissements peuvent cesser.

Mais on n'obtient pas de guérison anatomique de l'appendicite ; la diète débilite la mère et nuit au développement de l'enfant.

La perforation, les abcès, la péritonite généralisée, l'embolie sont le résultat du traitement non opératoire de l'appendicite et on connaît la possi-

bilité et la fréquence des récidives pendant la grossesse.

Chirurgical devient le traitement préconisé par presque tous les auteurs.

« Puerpérale ou non l'appendicite doit être opérée sans retard » (Dieulafoy).

« Reconnaissant qu'il est difficile d'établir le diagnostic si je soupçonne l'appendicite le traitement sera l'appendicectomie immédiate. Après l'opération, la gestation continue et la mortalité fœtale est presque nulle » (Paddock).

Toute attaque d'indigestion avec vomissements et température doit pousser à examiner l'appendice et en faire l'ablation.

Donc il faut opérer.

Quand ? Le plus tôt possible : tôt dans la crise car on évite ainsi une aggravation des symptômes ; tôt dans la gestation, l'opération est facilitée et il n'y a aucun danger d'interrompre la grossesse ; enfin si on se trouve au moment du travail il vaut mieux opérer avant celui-ci ; on évite ainsi la rupture d'adhérences ou l'ouverture d'abcès en péritoine libre.

L'anesthésie n'a aucune importance locale, lombaire, générale.

Toutes ont été pratiquées avec un égal succès.

L'incision au début peut être quelconque suivant les préférences de chacun.

S'il y a doute il vaut mieux pratiquer une laparotomie médiane sus-pubienne qui permet de vérifier les annexes ; plus tard il faudra reporter l'incision en

haut et à droite et chercher l'appendice en se rappelant les recherches de Fueth dont nous avons déjà parlé.

L'appendicectomie a lieu comme chacun a l'habitude, il n'y a aucune indication spéciale.

S'il y a un abcès il est préférable de l'ouvrir à la peau l'ablation de l'appendice n'est pas indispensable si elle est difficile et nécessite des manœuvres longues et traumatisantes.

Les suites en sont simples et nullement influencées par la grossesse.

Si on a pris soin de ne pas manipuler l'utérus le repos complet dans la position de Fowler ou dans le décubitus latéral droit.

Un peu d'opium dans les jours qui suivent pour éviter toute contraction utérine.

Et la gestation se poursuit jusqu'à terme sans qu'on ait jamais signalé d'éventration.

OBSERVATIONS

Croisier de Blois publie le 6 avril 1903 à la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie une observation de femme ayant eu des crises d'appendicite et qui au cours de deux grossesses fit des vomissements incoercibles d'origine appendiculaire.

Delagénère du Mans en mai 1914 publie à la *Gazette de gynécologie* 5 observations.

Premier cas. — Femme de 25 ans.

Première grossesse avec vomissements incoercibles qui durent trois mois, puis cessent.

Deuxième grossesse : reprise des vomissements incoercibles qui en un mois arrivent aux vomissements biliaires. Alors apparaît un point douloureux appendiculaire.

La malade est alors amaigrie, le pouls à 115, la température nulle.

On opère au deuxième mois et on trouve des lésions de folliculite suppurée.

L'accouchement se fait normalement.

Deuxième cas. — Femme de 28 ans.

Première grossesse avec crises multiples douloureuses dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Cette grossesse terminée la malade se plaint de temps en temps de douleurs sans vomissements, seulement de nausées.

Deuxième grossesse avec vomissements, constipation, douleur dans la fosse iliaque.

On opère et on trouve une appendicite suppurée (au 3^e mois).

Troisième cas. — Femme de 20 ans.

Sitôt enceinte elle est prise de vomissements très marqués qui vont en s'accroissant; la malade maigrit; légères douleurs abdominales.

Au bout de deux mois et demi, douleur brusque et très vive dans la fosse iliaque droite.

On opère et on trouve une folliculite aiguë en voie de suppuration.

Suites normales et accouchement à terme.

Quatrième cas. — Femme de 29 ans.

Première grossesse s'accompagne de vomissements, d'amaigrissement, de douleurs abdominales.

Fausse couche au troisième mois.

Deuxième grossesse avec vomissements dès le début. Amaigrissement.

Au deuxième mois crise douloureuse dans la fosse iliaque droite.

On opère et on trouve des adhérences couvrant l'appendice et formant cavité close.

Cinquième cas. — Femme de 22 ans.

Dès le début de la grossesse vomissements incoercibles avec amaigrissement; pouls à 110, température à 37°5, malade très affaiblie.

Point de Mac Burney douloureux.

On opère et on trouve un appendice en tire-bouchon avec pus sous-muqueux.

OBSERVATION I

Mme Og... 26 ans. Est prise le 1^{er} août 1923 de douleurs dans la fosse iliaque droite au cours d'une cure au mont Dore vomissements abondants qui prennent rapidement malgré la glace et la diète hydrique le type incoercible, la malade ne peut rien conserver, même pas les boissons glacées. Elle a à ce moment un retard de règles de quinze jours qui n'attire pas l'attention.

L'amaigrissement est très rapide, l'état général devient très rapidement inquiétant malgré l'absence de fièvre et de signes de réaction péritonéale ; les signes primitifs d'appendicite s'étant très rapidement amendés.

La malade est transportée à Paris où je la vois le 25 août. Etat de maigreur impressionnant. Tout essai d'alimentation est infructueux ; la malade ne conserve même pas l'eau glacée.

Température 37, pouls 105. Le retard de règles est à ce moment de six semaines.

A l'examen on trouve une sensibilité de la fosse iliaque droite avec très légère défense. Le toucher montre un utérus gravide auquel est accolé au niveau de la corne gauche une masse du volume d'une mandarine. On pose le diagnostic d'appendicite et de grossesse, en ce qui concerne la masse gauche on pense soit à une grossesse ectopique soit à un kyste juxta-utérin.

Pendant quatre jours on s'efforce de remonter l'état général de la malade par du sérum glucosé rectal, des injections de strychnine et d'huile camphrée. Les vomissements persistent.

Opération le 29 août. Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre aussitôt l'utérus qui est nettement gravide, la grossesse n'est pas régulière mais angulaire gauche; c'est ce qui donnait l'impression de masse para-utérine. L'appendice est fusionné avec la trompe droite et perdu dans une masse caséeuse qui est un reliquat d'abcès.

Ablation de l'appendice, enfouissement du moignon, fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Pour éviter l'avortement on fait à la malade 4 centigrammes de morphine pendant deux jours et on applique de la glace sur l'abdomen.

A la suite de cette intervention les vomissements ont disparu comme par enchantement; on a pu reprendre l'alimentation dès le deuxième jour et la malade a quitté la maison de santé le quatorzième jour en parfait état.

La grossesse a évolué normalement et s'est régularisée mais le travail a été long et pénible et la patiente a accouché d'un enfant mort; l'accoucheur fit une délivrance artificielle et constata une large rupture utérine au niveau de la corne droite. J'opérai la malade dont l'état était des plus alarmants, fis une hystérectomie et malgré l'hémorragie formidable fus assez heureux pour obtenir une guérison rapide.

OBSERVATION II

Mme J... 25 ans.

Grossesse de deux mois. Depuis quinze jours vomissements incessants ; l'alimentation est complètement impossible ; pas de crise douloureuse nette, pas de fièvre ; on découvre enfin sans que la malade ait attiré autrement l'attention de son médecin une sensibilité assez nette dans la fosse iliaque droite ; on porte le diagnostic de légère crise appendiculaire provoquant des vomissements à type incoercible.

Opération le 17 septembre 1924.

Anesthésie générale ; éther. Incision de Mac-Burney ; l'appendice est rouge, distendu, très nettement malade mais libre.

Appendicectomie, enfouissement. Exploration de l'utérus qui montre une grossesse normale. Suture en trois plans sans drainage. Appendice rempli de sécrétions muco-purulentes sous tension.

Les suites sont tout à fait normales, morphine pendant trois jours pour éviter l'avortement ; au bout de quarante-huit heures les vomissements cessent et on peut reprendre progressivement l'alimentation normale.

Accouchement normal.

OBSERVATION III

Mlle F... 29 ans.

Retard de six semaines, depuis dix jours la malade vomit tous les aliments, elle est mise en observation.

5 décembre 1923.

Température 37,8 Pouls 110.

On constate une défense nette de la fosse iliaque droite.

Il y a un très léger écoulement vaginal rosé. Au toucher utérus gravide, la trompe gauche paraît augmentée de volume et très légèrement douloureuse.

Glace ; sérum glucosé intra-rectal, lavements laudanisés pour la menace de fausse couche.

Les vomissements persistent malgré le traitement et la malade ne conserve même pas les boissons glacées.

On pose le diagnostic de crise appendiculaire avec vomissements incoercibles du fait d'une grossesse normale ou ectopique.

Opération, 11 décembre 1924.

Ether. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est gravide, congestionné, fortement vascularisé ; l'ovaire gauche présente un corps jaune très développé qui avait induit en erreur ; les trompes sont normales.

L'appendice est rouge, tendu, très vascularisé ; ablation, enfouissement. Paroi trois plans sans drainage.

L'appendice à l'ouverture est rempli de pus sous pression.

Suites : glace, morphine. Les vomissements cessent dès le lendemain de l'opération et on peut reprendre l'alimentation liquide puis solide.

Suites opératoires normales, en dehors d'une accélération du pouls qui persiste pendant dix jours.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce travail nous ne voulons pas conclure que l'appendicite est la cause la plus fréquente de vomissements incoercibles. Nous ne tirerons pas non plus de conclusions sur la pathogénie de ces vomissements. Nous nous bornerons à remarquer que les symptômes par lesquels se manifeste l'appendicite chronique forment un syndrome sympathique et qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que cette lésion provoque des réactions exagérées telles que des vomissements incoercibles chez des femmes particulièrement prédisposées par leur état de gestation.

Par contre il est des conclusions que nous croyons pouvoir tirer :

1. Le diagnostic de l'appendicite chronique est difficile à établir chez la femme enceinte, surtout lorsqu'elle provoque des vomissements incoercibles ;

2. L'appendicectomie est une opération d'une innocuité absolue surtout si on la compare aux conséquences de l'appendicite aiguë et au traitement des cas graves de vomissements : l'avortement.

3. Par conséquent il serait peut-être préférable de ne pas attendre des signes de certitude pour pratiquer l'appendicectomie chez des femmes ayant des vomissements incoercibles qui ne cèdent pas aux traitements médicaux habituels, surtout si dans les antécédents on peut retrouver des crises aiguës ou des signes d'appendicite chronique.

Vu : le Président de la thèse
F. LEGUEU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- Albergo*. — Appendicite e puerperio. Pesaro, 1903.
- Anderson*. — Acute appendicitis complicating pregnancy (Nebraska Medicin Journal, 1923).
- Brindeau*. — Appendicite et puerpéralité (Clinique de Montréal, 1920).
- Budford*. — Appendicitis complicating pregnancy review of twelve cases; report of ruptured (West-Virginica Medicin Journal, Huntington, 1920).
- Bunch*. — The diagnostic of appendicitis complicating pregnancy (Journal south Caroline Medicine Association. Greenville, 1918).
- Caplesco*. — Troubles gastriques d'origine appendiculaire (Bulletins et Mémoires de la Société des médecins des Hôpitaux de Bucarest, 1922).
- Chaput*. — Appendicite et grossesse. Thèse de Bordeaux, 1922.
- Croste*. — Appendicite et grossesse. Thèse Paris, 1906.
- Crosthwait*. — Appendicitis during pregnancy (Texas medicine News austin, 1916).
- Dawes*. — Rapport of three cases of appendicitis complicated by pregnancy (Illinois Medicine Journal Chicago, 1918).
- Delagénère*. — Gazette de gynécologie, mai 1914.
- Ecalte et Barbaro*. — Les vomissements graves de la grossesse (Gazette des Hôpitaux, 1923).
- Filachet*. — Appendicite et grossesse. Thèse Lille, 1922.
- Favreau et Chaput*. — Appendicite et gestation (Progrès médical. Paris, 1923).
- Glotaïn*. — Appendicite au cours de la puerpéralité. Thèse Paris, 1915.
- Heineck*. — Appendicite au cours de la grossesse. Etude analytique de 173 cas avec opération (Clinique de Montréal, 1917).
- Henry et Arnaud*. — Appendicite et grossesse (Marseille médical, 1923).

- Hoffmann.* — Zur frage der appendicitis in graviditate (Archive für gynaekologie. Berlin, 1920).
- Homsy.* — Contribution à l'étude des rapports de l'appendicite chronique au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1918.
- Koutsief.* — Appendicite et grossesse. Thèse Bordeaux, 1914.
- Leven.* — Société de thérapeutique, mai 1922.
- Mayer et Uhlmann.* — Über klopfemfurdlichkeit und Hauthyperästhesie zur differentiell diagnostic appendicitis während der Gravidität (Medizin Klinik. Berlin, 1921).
- Markæ.* — Bericht über Fälle von Appendicitis als schwangerschaftskomplikation (Frauen-artz. Leipzig, 1918).
- Parter.* — The dangers of delay in operating on appendicitis in children and pregnant women (Indian medical gazet. Calcuta, 1921).
- Penard.* — Appendicite chez la femme enceinte. Thèse Paris, 1911.
- Poenaru Caplesco et Paulian.* — Sur lestroubles nerveux d'origine appendiculaire (Bulletin de l'Académie de Paris, 1922).
- Pribiam.* — Zur Therapie der appendicitis während der Gravidität (Wochenschrift. Berlin, 1922).
- Tate.* — Appendicitis complicating pregnancy (Lancet clinic. Cincinnati, 1916).
- Vautrin.* — Les fausses appendicites de la grossesse (Journal de médecine de Paris, 1916).
- Vigne.* — Appendicite et grossesse (Journal des praticiens, 1924).
- Weaver.* — Appendicitis complicating pregnancy labor and puerperium with report of four cases (Journal Kansas Medicine Soc. Topeka, 1915).
- Yankovitch.* — A propos d'un cas de vomissements graves au cours de la grossesse.

